

GESUNDHEITSVORSORGE.

GESUNDHEITSVORSORGE

ANTRAG nach den derzeit geltenden, dem gewählten Tarif entsprechenden Versicherungsbedingungen.

- Neuaufnahme Umwandlung zu Vers. Nr.
 Wiederaufnahme Zusatz zu Vers. Nr.
 Kündigungsrücknahme zu Vers. Nr.

Eingang	Polizzennummer	
Ausgang	Name des Mitarbeiters, Kontonummer	
BIB-NR.	BP-HINWEIS Versicherungsnehmer ist bereits Kunde bei der WIENER STÄDTISCHEN: ja <input type="checkbox"/>	
Großkundennummer GG		Kontonummer f. Orga-Schlüssel

Steuerbrief

VERSICHERUNGSNEHMER Telefonnummer:

Bitte in BLOCKSCHRIFT schreiben! Zutreffendes bitte ankreuzen!

1	Familienname (Firma)	Titel, Vorname		Tarife	Monatsprämie/EUR
	Beruf/Nebenberuf	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Geburtsdatum T M J		
	Pflichtkrankenkasse	von / bis	Vers. Nr.		
	Straße, Hausnummer	Ort	Postleitzahl		

VERSICHERTE PERSONEN (zusätzlich oder abweichend)

2	Familienname	Titel, Vorname		Tarife	Monatsprämie/EUR
	Beruf/Nebenberuf	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Geburtsdatum T M J		
	Pflichtkrankenkasse	von / bis	Vers. Nr.		
3	Familienname	Titel, Vorname		Tarife	Monatsprämie/EUR
	Beruf/Nebenberuf	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Geburtsdatum T M J		
	Pflichtkrankenkasse	von / bis	Vers. Nr.		
4	Familienname	Titel, Vorname		Tarife	Monatsprämie/EUR
	Beruf/Nebenberuf	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Geburtsdatum T M J		
	Pflichtkrankenkasse	von / bis	Vers. Nr.		
5	Familienname	Titel, Vorname		Tarife	Monatsprämie/EUR
	Beruf/Nebenberuf	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Geburtsdatum T M J		
	Pflichtkrankenkasse	von / bis	Vers. Nr.		

Private Krankenversicherungsverträge dienen der langfristigen Gesundheitsvorsorge. Der Antragsteller verzichtet daher für die Dauer von zwei Jahren ab Vertragsbeginn auf die Ausübung seines Kündigungsrechts. Das bedeutet eine mindestens dreijährige Laufzeit eines neuen Versicherungsvertrags.

Tarif PP

Prämie insgesamt

Versicherungsbeginn: 01. .200

Angabe bezahlt

PRÄMIENZAHLUNG Zahlungsdauer: bis Vertragsende

Zahlungsart	<input type="checkbox"/> jährlich	<input type="checkbox"/> halbjährlich	<input type="checkbox"/> vierteljährlich	<input type="checkbox"/> monatlich
Zahlungsweise	<input type="checkbox"/> Einzugsverfahren besteht bereits <input type="checkbox"/> Erlagschein (zusätzliche Einbebegebühr) <input type="checkbox"/> VISA-Einzug laut beiliegendem Auftrag <input type="checkbox"/> Einzugsverfahren laut beiliegendem Auftrag (keine zusätzliche Einbebegebühr)			
	Name des Geldinstituts	Bankleitzahl	Kontonummer	

INKASSOANSCHREIBE Nur auszufüllen, wenn von der Adresse des Versicherungsnehmers abweichend!

Straße, Hausnummer	Ort	Postleitzahl
--------------------	-----	--------------

Besteht oder bestand eine private Krankenversicherung oder wurde eine solche beantragt?				nein für	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Versicherungsunternehmen	Polizzenummer	Art der Versicherung	von	bis					
Wurde ein Antrag abgelehnt bzw. ein Vertrag gekündigt?				nein für	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

GESUNDHEITSERKLÄRUNG BZW. GESUNDHEITSFragen

Die folgenden Fragen richten sich an alle zu versichernden Personen; von Bedeutung sind alle Erkrankungen, Beschwerden, Gebrechen, Unfallfolgen und auffallenden bzw. von der Norm abweichenden Untersuchungsbefunde, auch wenn sie für unwesentlich gehalten werden. Kann eine Frage nicht mit nein beantwortet werden, so sind ergänzende Angaben zwingend erforderlich. Reicht der Raum für die Beantwortung nicht aus, so ist die Beantwortung auf einem Beiblatt fortzusetzen und im Antrag auf das Beiblatt hinzuweisen.

Sind bei Ihnen in den letzten fünf Jahren Erkrankungen oder Beschwerden – siehe dazu die beispielhafte Aufzählung bei (*) – aufgetreten oder bestehen derzeit welche? Auch bestehende Folgen nach Unfallverletzungen sind anzugeben.
Sind auffallende bzw. von der Norm abweichende Untersuchungsbefunde (z.B. erhöhte Blutfettwerte, Harnsäurewerte, Leberwerte, Blutzuckerwerte), Allergien oder Zeichen einer Immunschwäche festgestellt worden? Erfolgt Untersuchungen und/oder Behandlungen im Zusammenhang mit Sterilität?

nein für alle nein für 1 2 3 4 5

Wurden Sie in den letzten zehn Jahren in einem Krankenhaus stationär aufgenommen (auch Aufenthalte zu bloßen Untersuchungszwecken sind anzugeben) oder mussten Sie sich einer Strahlen- oder Chemotherapie unterziehen?
Haben Sie eine erweiterte Heilbehandlung (Kur, Erholung oder Rehabilitation) absolviert?

nein für alle nein für 1 2 3 4 5

Erkrankung, Gebrechen, Untersuchungsergebnis	Art der Behandlung bzw. Ausmaß der Beeinträchtigung (Invaliditätsgrad, Dioptrien)	Behandelnder Arzt bzw. Krankenhaus	Dauer von/bis bzw. seit wann	Ausgeheilt seit Monat/Jahr	Nicht ausgeheilt

Regelmäßige oder gewohnheitsmäßige Einnahme von Medikamenten oder Drogen (Suchtgiften) bzw. Genuss von Alkohol oder Nikotin?
In welchem Zeitraum? Welche? Wogegen? Wieviel täglich?

nein für alle nein für 1 2 3 4 5

Name des Hausarztes oder des Arztes, der über die Gesundheitsverhältnisse am besten unterrichtet ist. kein Arzt

Name:	Adresse:
Name:	Adresse:

Größe und Gewicht? ① cm kg ② cm kg ③ cm kg ④ cm kg ⑤ cm kg

Bei Frauen: Wie viele Geburten hatten Sie? Sind Sie derzeit schwanger (wenn ja, welcher Monat)?

Bei Frauen: Sind eventuell vorausgegangene Schwangerschaften und Entbindungen normal verlaufen? Wenn nein, welche Komplikationen?

(*) Wichtig sind insbesondere Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (z.B. Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Krampfadern, anomale Blutdruckwerte), der Lunge und der Atemwege (z.B. Lungenentzündung, Bronchitis, Asthma), der Harn- und Geschlechtsorgane (z.B. Nierensteine, Nieren- oder Harnwegsentzündungen, Prostata- oder Hodenerkrankungen, Eierstock-, Gebärmutter- oder Brustdrüsenerkrankungen), Krankheiten der Verdauungsorgane (z.B. Erkrankungen des Magens, des Darms, der Speiseröhre, der Leber, der Galle oder der Bauchspeicheldrüse), Krankheiten des Bewegungsapparats bzw. der Wirbelsäule (z.B. Gelenksabnütungen, Bandscheibenschädigungen, Wirbelsäulenverkrümmung, Knochenerkrankungen oder rheumatische Erkrankungen), Krankheiten des Gehirns, des Rückenmarks und des Nervensystems bzw. psychische Erkrankungen (z.B. Epilepsie, Depressionen, Neurosen, Multiple Sklerose), Krankheiten der Haut und der Sinnesorgane (z.B. Psoriasis, Neurodermitis, grauer bzw. grüner Star, chronische Mittelohrentzündung, Störungen des Hör- oder Sehvermögens), Krankheiten des Blutes (z.B. Leukämie, Gerinnungsstörungen), Krankheiten der Schilddrüse (z.B. Struma, Funktionsstörungen) und Diabetes (Zuckerkrankheit).

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte unbedingt auf der Rückseite die „Hinweise und Erklärungen“. Die Erklärungen enthalten unter anderem Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht, die Zustimmung zur Übermittlung und Verwendung von Daten sowie Informationen über den Umfang der Vertretungsmacht des Vermittlers und das Rücktrittsrecht nach § 3 Konsumentenschutzgesetz bzw. nach § 5b Versicherungsvertragsgesetz; sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Hinweise und Erklärungen zum Inhalt des Antrages.

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen stimmen zu – wobei diese Zustimmung verweigert oder widerrufen werden kann –, dass der Versicherer Personenidentifikations- und Vertragsdaten (z.B. Art des Vertrages, Laufzeit, Versicherungssumme; keinesfalls sensible Daten) zu ihrer Betreuung und Beratung auch hinsichtlich anderer Finanzdienstleistungsprodukten verwendet oder durch Konzern- und Partnerunternehmen verwendet werden lässt, und dass ihnen auch telefonisch, per Fax, E-Mail usw. Vorschläge für Vertragsanpassungen und andere Produkte unterbreitet werden. Die aktuellen Konzern- und Partnerunternehmen sind im Internet auf unserer Homepage www.wienerstaedtsche.at zu finden oder können über die Serviceline 050 350 350 erfragt werden.	<input type="checkbox"/> ja, ich stimme zu <input type="checkbox"/> nein
--	---

DIE 2. DURCHSCHRIFT DIESES ANTRAGES VERBLEIBT BEIM KUNDEN!

Ort, Datum	Unterschrift des Mitarbeiters	Unterschrift des Antragstellers (bei Minderjährigen ist auch die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich)	Unterschrift der zu versichernden volljährigen Personen (soweit vom Antragsteller abweichend)
------------	-------------------------------	---	---

An diesen Antrag hält sich der Antragsteller durch sechs Wochen gebunden. Die Übernahme einer Antragsdurchschrift wird bestätigt.

HINWEISE UND ERKLÄRUNGEN

ANZEIGEPFLICHT

Der Antragsteller ist gemäß § 16 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) verpflichtet, die Fragen nach den gefahrerheblichen Umständen, dazu gehört insbesondere die Erklärung zum Gesundheitszustand, richtig und vollständig zu beantworten. Unvollständige oder unrichtige Angaben hindern den Versicherer, die von ihm übernommene Gefahr richtig einzuschätzen. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

Treten zwischen Antragstellung und Zustellung der Polizza Änderungen in den gefahrerheblichen Umständen ein, ist der Versicherer davon unverzüglich zu verständigen.

Versicherungsanträge sowie sämtliche Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers und des Versicherten müssen schriftlich erfolgen. Der Antragsteller übernimmt durch seine Unterschrift die Verantwortung für die Richtigkeit und Vollständigkeit seiner Angaben.

UMFANG DER VERTRETUNGSMACHT DES VERMITTLERS

Die Vollmacht der mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen betrauten Person bestimmt sich nach § 43 Versicherungsvertragsgesetz; demnach ist der Vermittler nur berechtigt, Anträge und Erklärungen des Versicherungsnehmers entgegenzunehmen, die Polizza auszuhändigen und Prämien anzunehmen, sofern er sich im Besitz einer vom Versicherer unterzeichneten Prämienrechnung befindet. Der Vermittler ist daher nicht berechtigt mündliche Erklärungen für den Versicherer abzugeben.

Die Befugnisse des Vermittlers sind in der vom Versicherer ausgestellten Vollmachtsurkunde angeführt; der Vermittler ist zu deren Vorweisung verpflichtet.

Der Antragsteller nimmt zur Kenntnis, dass das Aufgeben einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Versicherungsunternehmen für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzweckmäßig und für den Versicherer unerwünscht ist.

BEGINN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Der Versicherungsvertrag kommt erst mit Zugang der Polizza oder einer gesonderten Annahmeerklärung des Versicherers zustande; vorher besteht kein Versicherungsschutz. Der Versicherungsschutz beginnt jedenfalls erst ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn und nicht vor Ablauf der nach den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Wartezeiten.

AUSDRÜCKLICHE ZUSTIMMUNG ZUR ERMITTLUNG, ÜBERMITTLUNG UND SONSTIGEN VERWENDUNG VON DATEN

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen stimmen ausdrücklich zu, dass der Versicherer zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen dieser Versicherungsvertrag abgeschlossen wird, alle unerlässlichen Auskünfte von praktischen Ärzten und Fachärzten sowie sonstigen vom Antragsteller bzw. der zu versichernden Personen in Anspruch genommenen Einrichtungen der Krankenversorgung und Gesundheitsvorsorge einholen darf.

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen stimmen ausdrücklich zu, dass der Versicherer zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall

- über frühere, bestehende und bis zum Ende des Versicherungsschutzes eintretende Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen bei Ärzten, Krankenanstalten und sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge alle unerlässlichen Erkundigungen einzieht; sie entbinden die Befragten im Voraus für jeden Fall von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht;
- über beantragte bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern und privaten Versicherungsunternehmen alle unerlässlichen Erkundigungen einzieht.

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen stimmen ausdrücklich zu, dass der Versicherer zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen ein Versicherungsvertrag abgeschlossen, geändert oder fortgesetzt wird, sowie zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag

- Personenidentifikationsdaten (Name, Geburtsdatum, Adresse) im Rahmen des „Zentralen Informationssystems – ZIS“ des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs, 1030 Wien, Schwarzenbergplatz 7 (Informationsverbundsystem iSd § 4 Z 13 Datenschutzgesetz 2000) an andere die Personenversicherung in Österreich betreibende Versicherungsunternehmen und von diesen an den Versicherer übermittelt werden. Das Zentrale Informationssystem – ZIS ist eine Einrichtung der Versicherungswirtschaft zur Verhinderung und Bekämpfung des Versicherungsmissbrauchs und Versicherungsbetruges.

Diese Zustimmungserklärungen und die Entbindung der Ärzte von der beruflichen Schweigepflicht können vom Antragsteller und den zu versichernden Personen gemäß den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes (DSG) bzw. des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) im Einzelfall widerrufen werden.

RÜCKTRITTSRECHT NACH § 3 KONSUMENTENSCHUTZGESETZ

Der Antragsteller, für den die beantragte Versicherung nicht zum Betrieb seines Unternehmens gehört, ist – sofern der Antrag außerhalb der vom Versicherer dauernd benützten Räume unterfertigt wurde – berechtigt, von seinem Versicherungsantrag oder vom Vertrag zurückzutreten. Dieser Rücktritt kann bis zum Zustandekommen des Vertrages oder danach binnen einer Woche erklärt werden; der Rücktritt bedarf zu seiner Rechtswirksamkeit der Schriftform; es genügt, wenn die Rücktrittserklärung innerhalb des genannten Zeitraumes abgesendet wird. Das Rücktrittsrecht steht dem Antragsteller jedoch nicht zu, wenn er die geschäftliche Verbindung zwecks Schließung des Vertrages selbst angebahnt hat.

RÜCKTRITTSRECHT NACH § 5b VERSICHERUNGSVERTRAGSGESETZ

Hat der Versicherungsnehmer die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Festsetzung der Prämie, soweit sie nicht im Antrag bestimmt ist, und über vorgesehene Änderungen der Prämie nicht vor Abgabe seiner Vertragserklärung oder hat er keine Kopie seiner Vertragserklärung erhalten, so kann er binnen zweier Wochen vom Vertrag zurücktreten. Die Rücktrittsfrist beginnt erst zu laufen, wenn dem Versicherungsnehmer der Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen ausgefolgt worden sind und er über sein Rücktrittsrecht belehrt worden ist. Der Rücktritt bedarf zu seiner Rechtswirksamkeit der Schriftform; es genügt, wenn die Erklärung innerhalb der Frist abgesendet wird. Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins einschließlich einer Belehrung über das Rücktrittsrecht.

Für den beantragten Versicherungsvertrag gilt österreichisches Recht.

ZUSTÄNDIGE AUFSICHTSBEHÖRDE

Finanzmarktaufsicht (FMA), Praterstraße 23, 1020 Wien.